

DNEŠNÍ STAV DISEASE MANAGEMENTU V ČR A JAK DÁL

Pavel Hroboň, Veronika Klimková

Partner publikace

Vznik publikace podpořila zdravotní pojišťovna OZP.



OBSAH

ÚVOD	4
POTENCIÁL DISEASE MANAGEMENTU V ČR A JEHO ZÁKLADNÍ KOMPONENTY	5
PŘÍKLADY ZMĚN V PÉČI O CHRONICKY NEMOCNÉ V ČR	8
JAK DÁLE V ROZVOJI DISEASE MANAGEMENTU V ČR?	13

ÚVOD

Chronické nemoci (zejména kardiovaskulární, metabolické, nádorové, neurodegenerativní a duševní) jsou hlavním medicínským problémem dneška s obrovskými ekonomickými dopady. Jejich výskyt dále poroste v důsledku stárnutí obyvatelstva a vysoké prevalence primárních rizikových faktorů, jako je obezita, nedostatek pohybu, nezdravé stravování, užívání návykových látek, podceňování duševního zdraví a další. Fragmentovaná péče v našem zdravotním systému orientovaném na „opravování škod“, nikoliv jejich prevenci, přispívá k tomu, že se Česká republika nedokáže s dopady chronických nemocí efektivně vypořádat.

Vedle podpory zlepšení životního stylu a nástrojů včasné detekce vznikajících nemocí máme ale k dispozici i nástroje tzv. terciární prevence, které dokáží zpomalit rozvoj chronických onemocnění a zabránit vzniku s nimi spojených komplikací nebo je alespoň významně oddálit. Pacient s diabetem 2. typu, který alespoň částečně zlepší svůj životní styl, pravidelně užívá doporučené léky a spolupracuje se zdravotníky, může žít dlouhá léta i desetiletí bez významných komplikací. Naopak, pacientovi, který se takto nechová, hrozí rychlý rozvoj komplikací, jako jsou srdeční a cévní onemocnění, postižení zraku a ledvin a rozvoj neuropatických bolestí.

Pro prevenci komplikací ale musíme pacientům poskytnout integrovanou péči, včetně edukace a další podpory. Ta se označuje jako programy *disease managementu* (DMP). Disease management lze charakterizovat jako systém koordinovaných zdravotních intervencí, komunikace a podpory změny životního stylu pro pacienty s chronickými nemocemi. Cílem je zefektivnit léčbu daného onemocnění, dosáhnout lepších klinických výsledků a zamezit plýtvání způsobenému nekoordinovanými aktivitami. Možné finanční úspory u těchto programů nejčastěji vyplývají ze sníženého počtu hospitalizací, případně kratšího pobytu v nemocnici či méně častých návštěv pohotovostních služeb.

V České republice se zejména v posledních deseti letech objevila celá řada iniciativ směřujících k aplikaci disease managementu. Patří k nim například bonifikační programy zdravotních pojišťoven nebo iniciativy některých poskytovatelů či odborných společností. Zatím ale nenaplní všechny požadavky na skutečně úspěšný disease management. Hlavním cílem této publikace proto je popsat, jak mohou být tyto iniciativy dále rozvinuty a jaké jsou předpoklady širšího uplatnění integrované péče o pacienty s chronickými nemocemi.

Tato publikace je jednou ze série zaměřené na problematiku disease managementu. Zájemcům o fakta a zkušenosti z aplikace obdobných programů v zahraničí doporučujeme přečíst si první publikaci s názvem „Proč potřebujeme disease management“. Všechny publikace najdete na www.advanceinstitute.cz.

POTENCIÁL DISEASE MANAGEMENTU V ČR A JEHO ZÁKLADNÍ KOMPONENTY

Potenciální přínosy zavedení DMP v České republice jsou rozsáhlé. Jak ve své analýze ukázala společnost McKinsey & Company, jenom v případě onemocnění srdce a diabetu je v ČR možné každoročně předejít ztrátě až 186 tisíc let života v plném zdraví (viz tabulka níže).

TABULKA 1: MOŽNOSTI SNÍŽENÍ ZÁTĚŽE V ČR (V DALYs)

Oblast prevence	Druh prevence	Počet ztracených let života (DALY)
Terciární prevence	Medikace onemocnění srdce a diabetu (v raných stádiích nemoci)	150 tisíc
	Medikace onemocnění srdce a diabetu (k zamezení další progresu a zmírnění dopadů probíhající nemoci)	36 tisíc

ZDROJ: MCKINSEY HEALTH INSTITUTE: OPPORTUNITY TO REDUCE DISEASE BURDEN¹

Tento obrovský potenciál pro zlepšení zatím ale z větší části nevyužíváme. Existuje sice celá řada iniciativ jdoucích správným směrem, které popisujeme níže, jsou ale zatím většinou izolované, nekompletní nebo nedostatečně rozvinuté.

Na tomto místě je vhodné připomenout si pět základních komponent DMP a jejich význam. Zahrnují standardizaci léčby podle klinických protokolů, vzdělávání pacientů, koordinaci péče, vhodný úhradový mechanismus a systematické využívání dat. Moderní informační a komunikační technologie nabízejí další zvýšení efektivity a úsporu času zdravotníků. Krátké přiblížení těchto hlavních komponent a posouzení úrovně jejich rozvoje v prostředí péče o pacienty v tuzemsku následuje níže.

1. STANDARDIZACE LÉČBY

DMP musí zajistit léčbu podle doporučených klinických postupů, které jsou praktické a nákladově efektivní. V ČR sice pro řadu medicínských oblastí existují doporučené postupy vydávané odbornými společnostmi a velký projekt v této oblasti vede ÚZIS,² zatím ale často chybí stanovení postupu pro různé úrovně rizika pacienta (tzv. riziková stratifikace). Například u vysoce rizikových pacientů s diabetem je vhodné vykonávat kontrolu očního pozadí častěji než jednou ročně. Naopak, posílat pacienty s nižším rizikem na některá vyšetření méně často vede k efektivnějšímu využití času zdravotníků.³

2. VZDĚLÁVÁNÍ PACIENTŮ

Pro zapojení pacientů je klíčová edukace o příčinách a následcích nemoci, podpora adherence k léčbě, úprav životního stylu a sebe-monitorace. Systematická edukace je dnes hrazena

¹ <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/scale-what-works-the-benefits-of-proven-health-interventions>

² <https://kdp.uzis.cz/index.php?pg=kdp>

³ Lund SH, et al. Individualised risk assessment for diabetic retinopathy and optimisation of screening intervals: a scientific approach to reducing healthcare costs. Br J Ophthalmol. 2016;100:683

diabetikům (byť není všem dostupná), byla by ale velmi potřebná i pro pacienty s jinými chronickými nemocemi.

Podrobná edukace pacientů samozřejmě není v časových možnostech lékařů. Ti mají využít své autority k vysvětlení významu edukace a pacienta předat profesionálnímu edukátorovi. Těmi jsou obvykle zdravotní sestry, vzhledem k jejich nedostatku se ale nabízí a v řadě zemí včetně Slovenska již existuje zvláštní zdravotnická specializace edukátora pacientů s chronickými nemocemi. Významnou roli v edukaci a motivaci pacientů začínají hrát také mobilní aplikace, které jsou v řadě zemí (například v Německu) hrazeny jako standardní součást léčby. Vedle edukace může být pacient motivován právě gamifikací,⁴ často obsaženou v aplikacích, případně i finančními nebo dalšími bonusy.

3. KOORDINACE PÉČE A PODPORA PACIENTA

O chronicky nemocného se obvykle stará několik poskytovatelů současně. Pokud má pacient s diabetem již počínající komplikace, navštěvuje jak svého praktického lékaře a diabetologa, tak i kardiologa či neurologa, očního lékaře a nefrologa. Do péče o něj je zapojena diabetologická sestra, ideálně i nutriční terapeut.

Koordinátor péče by měl dohlížet na to, že činnosti jednotlivých poskytovatelů na sebe navazují, pacient dostává péči v čase a rozsahu, ve kterém ji potřebuje, včetně kontroly toho, že pacient se dostavil na vyšetření, vybírá si léky v lékárně a dodržuje další doporučení. Tato role je klíčová. Pacient bez systematické podpory mnohdy systémem péče "propadne". Příkladem jsou pacienti s chronickým selháním ledvin, ze kterých na chronickou hemodialýzu přijde cca polovina tzv. "z ulice", tedy bez předchozího sledování nefrologem. Nabízí se myšlenka, že u těchto pacientů nebylo selhání ledvin odhaleno. Skutečnost je ale jiná. Dle dat VZP ČR⁵ byla u 95 % těchto pacientů diagnóza stanovena. Nedokázali si ale sami poradit se zajištěním péče nebo k jejímu čerpání nebyli dostatečně motivováni.

Koordinátor je pro pacienta nejlépe dosažitelným poskytovatelem a jeho role může zahrnovat i výše zmíněnou edukaci. Roli koordinátora dnes nejčastěji zastávají zdravotní sestry, stejně jako u edukace se ale nabízí vznik nových zdravotnických profesí. Práci koordinátora mohou významně ulehčit nástroje moderních informačních a komunikačních technologií.

4. VHDNÝ ÚHRADOVÝ MECHANISMUS

Fungování DMP musí být podpořeno vhodným úhradovým mechanismem. Ten musí překlenout dnešní rozdrobení péče do jednotlivých segmentů poskytovatelů. Tradiční úhradové mechanismy pokrývají aktivity jednotlivých poskytovatelů, ale ne na koordinaci a integraci péče a její výsledky. Typickým příkladem je dnešní úhrada ambulantním specialistům. Regulace objemu péče na unikátního pojištěnce je sice principiálně pochopitelná, ale to už neplatí pro její současnou podobu, která je založena na historii konkrétního poskytovatele a vůbec nereflektuje rizikovou strukturu jeho pacientů, tedy jejich složitost. Například u diabetologů nezohledňuje podíl pacientů s diabetem 1. typu ani podíl diabetiků s komplikacemi nebo vysokým rizikem jejich vzniku. Co je důsledkem takového uspořádání? Zcela logicky neochota diabetologů předávat stabilizované

⁴ Důraz na hru a zábavu cestou splňování různých úkolů a získáváním odměn, zde s vazbou na dodržování předepsané léčby či dietních a režimových opatření

⁵ Vlastní analýza dle dat VZP ČR

pacienty s DM 2. typu praktickým lékařům. Pokud se diabetolog (nebo jiný ambulantní specialista) zbaví méně rizikových pacientů, kteří mu „ředí“ kmen těch složitějších, způsobí sám sobě finanční újmu.

Úhradový mechanismus tedy musí vést všechny zúčastněné ke smysluplné spolupráci a odměňovat je za prospěšné chování a výsledky.

5. SYSTEMATICKÉ VYUŽÍVÁNÍ DAT

Pro správné nastavení, implementaci a kontrolu výsledků DMP je klíčová analýza výchozího způsobu poskytování péče a jeho nedostatků, podpora koordinace péče, hodnocení výsledků včetně srovnávání jednotlivých poskytovatelů a systematické sdílení dat mezi zapojenými aktéry. Moderní technologie samozřejmě umožňují i vzdálený sběr informací o pacientově stavu, jejich automatizované vyhodnocení a upozornění na potřebu změny léčby nebo jiné intervence.

Klíčovým pro tuto oblast je další rozvoj elektronické zdravotnické dokumentace a systémových předpokladů jejího sdílení, stejně jako otevřená data pro analýzu současných modelů poskytování péče.

Nad rámec výše popsaných pěti komponent je ještě nutno naplnit roli administrátora, tedy provozovatele DMP, subjektu, který se stará o to, aby všech pět komponent bylo dobře provázaných a program fungoval jako celek. Tuto roli může sehrát zdravotní pojišťovna, najatý specializovaný administrátor nebo poskytovatel zdravotních služeb, který se ujme této role a dostane za ni zapláceno. Z důvodů rozpočtových a kompetenčních omezení zdravotních pojišťoven v ČR považujeme za nejvhodnější třetí model, tedy poskytovatele zdravotních služeb.

Tuto situaci by mohlo částečně změnit přijetí navrhované novely zákona č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění,⁶ která by pojišťovnám umožnila významné zvýšení přidělu finančních zdrojů do fondů prevence. Jejich využití by nad rámec dnešních možností zahrnovalo i tzv. programy řízené péče, které se v popisu novely blíží disease managementu.

⁶ Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony aktuální verze – datum poslední úpravy 9.zář 2024, dostupný na <https://odok.cz/portal/veklep/material/KORND47JWNOH/>

PŘÍKLADY ZMĚN V PÉČI O CHRONICKY NEMOCNÉ V ČR

Rozšiřování kompetencí a úhrad praktickým lékařům

Řádná péče o chronicky nemocné samozřejmě začíná v ordinacích praktických lékařů. Ti k jejímu provedení mají být motivováni úhradou specifických výkonů nad rámec kapitační platby. Patří sem například výkony péče o stabilizovaného kompenzovaného diabetika 2. typu či prediabetika praktickým lékařem (č. 01201 a č. 01204) a výkony převzetí a prohlídky onkologického pacienta (č. 01186 a č. 01188). Podobně ke zlepšení péče o chronicky nemocné může přispět chystané uvolnění některých preskripčních omezení.

Hrazené zdravotní výkony v oblasti edukace diabetiků

Diabetologie je oborem, který má k dispozici nejširší rozsah hrazených výkonů zaměřených na edukaci pacientů. Patří k nim „Cílená edukace diabetika“ (č. 13051), jehož nositelem je lékař. Na edukaci lékařem může navázat reedukace sestrou, výkon č. 06145. Dalším hrazeným výkonem je „Týmová strukturovaná skupinová edukace diabetiků“ (č. 13053), výkon realizovaný edukačním týmem ve složení diabetolog, nutriční terapeut a sestra. Provádění tohoto výkonu je omezeno na edukační centra certifikovaná Českou diabetologickou společností. Tyto výkony jsou významně lépe honorované než výkon „Edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou“ (č. 09523), který lze vykazovat napříč odbornostmi. Diabetologie je tedy nejen žádoucím příkladem, ale minimálně z hlediska úhrad i výjimkou v přístupu k edukaci pacientů s chronickými nemocemi.

Bonifikační programy zdravotních pojišťoven

V ČR dnes existuje řada bonifikačních programů zdravotních pojišťoven (ZP), které mají za cíl motivovat poskytovatele zdravotní péče různých odborností, zejména všeobecné praktické lékaře, ke kvalitní a efektivní péči o chronicky nemocné. Přehled programů relevantních pro tuto publikaci nabízí následující tabulka.

TABULKA 2: PŘEHLED V SOUČASNOSTI NABÍZENÝCH BONIFIKAČNÍCH PROGRAMŮ V ČR

Zdravotní pojišťovna	Chronická nemoc	Zařazené odbornosti
VZP ČR	Diabetes mellitus 2. typu	Diabetolog, internista, všeobecný praktický lékař
	Hypertenze	Kardiolog, internista, všeobecný praktický lékař
	Chronické srdeční selhání	Kardiolog
	Obezita	Praktický lékař pro děti a dorost
	Prediabetes	Všeobecný praktický lékař

Zdravotní pojišťovna	Chronická nemoc	Zařazené odbornosti
OZP⁷	Astma bronchiale a chronická obstrukční plicní nemoc	Všeobecný praktický lékař
	Diabetes mellitus 2. typu	Všeobecný praktický lékař
	Dyslipidémie	Všeobecný praktický lékař
	Hypertenze	Všeobecný praktický lékař
	Poruchy štítné žlázy – hypothyreosa	Všeobecný praktický lékař
ZPMVČR	Diabetes mellitus 2. typu	Všeobecný praktický lékař
	Dyslipidémie	Všeobecný praktický lékař
	Hypertenze	Všeobecný praktický lékař
ČPZP	Diabetes mellitus 2. typu	Diabetolog, všeobecný praktický lékař
	Gestační diabetes	Diabetolog
	Hypertenze	Všeobecný praktický lékař

ZDROJ: VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ DLE WEBOVÝCH STRÁNEK ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN, U OZP NA ZÁKLADĚ VYŽÁDANÝCH DAT

Parametry a fungování vybraných bonifikačních programů popisujeme níže.

PACIENTI S DIABETEM MELLITEM 2. TYPU - VZP ČR

Bonifikace je určena pro odbornosti všeobecného praktického lékařství, vnitřního lékařství a diabetologie. Nutnou podmínkou je dispenzarizace alespoň 10 pojištěnců s danou diagnózou a vykázaní příslušného signálního výkonu u alespoň 80 % všech dispenzarizovaných diabetiků. Kritéria výplaty bonifikace zahrnují:

- Vyšetření glykovaného hemoglobinu – dosažení alespoň 40% podílu dispenzarizovaných diabetiků s hodnotou glykovaného hemoglobinu HbA_{1C} nižší než 53 mmol/mol;
- Vyšetření LDL cholesterolu – dosažení alespoň 50% podílu dispenzarizovaných diabetiků s hodnotou LDL cholesterolu nižší než 3,0 mmol/l.

⁷ V oblasti péče o chronicky nemocné OZP v roce 2024 realizuje dva druhy programů. Jeden je plošný, tedy pro všechny všeobecné praktické lékaře, které bonifikuje za splnění podmínek péče o pojištěnce s diabetem mellitem a hypertenzí. Druhým je dlouhodobý program, zaměřený na astma bronchiale, chronickou obstrukční plicní nemoc, diabetes mellitus, dyslipidémii, hypertenzi a poruchy štítné žlázy. Tento dlouhodobý program je určený pouze těm poskytovatelům, kteří o zapojení sami projeví zájem.

Výše bonifikace se odvíjí od počtu splněných kritérií a může dosahovat buď 400 Kč na dispenzarizovaného pojištěnce při naplnění obou kritérií, nebo 100 Kč, pokud je splněno pouze jedno z nich.⁸

Původní verze tohoto programu sledovala pět kritérií – podíl pacientů s vyšetřením glykovaného hemoglobinu a LDL cholesterolu a dosažené výsledky těchto dvou hodnot a dále podíl pacientů s vyšetřeným očním pozadím, rizikem syndromu diabetické nohy a funkcemi ledvin.

PACIENTI S CHRONICKÝM SRDEČNÍM SELHÁNÍM - VZP ČR

V roce 2023 VZP ČR rozběhla bonifikační program, jehož cílem je motivace kardiologů ke kvalitní dispenzarizaci pojištěnců s chronickým srdečním selháním (CHSS). Bonifikace je určena pro poskytovatele dispenzarizující alespoň 15 pojištěnců s CHSS a odvíjí se od splnění následujících kritérií:

- Optimální farmakoterapie: dosažení alespoň 50% podílu dispenzarizovaných pojištěnců s optimální farmakoterapií, definovanou jako přípravky z následujících skupin: inhibitory ACE nebo ARNI, beta-blokátory, MRA (antagonisté aldosteronu), inhibitory SGLT2;
- Provedení specializovaného echokardiografického vyšetření: dosažení alespoň 50% podílu dispenzarizovaných pojištěnců (vyšetření alespoň 1x/rok);
- Stanovení hodnoty natriuretických peptidů⁹ – dosažení 50% podílu dispenzarizovaných pojištěnců s CHSS s absolvovaným vyšetřením NP v séru a v plazmě.

Výše bonifikace na dispenzarizovaného pojištěnce je 200, 400 nebo 500 Kč – dle počtu splněných kritérií.¹⁰

PACIENTI S HYPERTENZÍ - OZP

Program se týká dispenzární péče o hypertoniky se středním stupněm závažnosti nemoci,¹¹ u které se předpokládá, že je pacient pro danou nemoc v dispenzární péči praktického lékaře. S frekvencí 4x ročně praktik u pacienta sleduje BMI a krevní tlak. Minimálně jednou ročně pacientovi změří LDL cholesterol a provádí další vyšetření, jako jsou glykémie nalačno, oční vyšetření a EKG. Zapojený poskytovatel má nárok na roční bonifikaci 120 Kč za každého pacienta, u kterého průběžně hodnotí léčbu dle nastaveného léčebného plánu. Pokud poskytovatel u pacienta ve všech třech klíčových parametrech (tlak, BMI, LDL cholesterol) dosáhne kompenzovaného stavu, získá za každého takového pacienta dalších 300 Kč. Specifické podmínky upravují bonifikaci u pacientů, kteří mají více diagnóz (pokud má pro ně OZP také vytvořen léčebný plán).

V rámci programu si může navíc uplatnit motivační bonus i pojištěnec – hypertonik. Bonus má formu připsání 100 kreditů na pojištěncův účet „Vitakonto“. Dalších 500 kreditů může získat, pokud dojde ke změně jeho zdravotního stavu z dekompenzovaného/subkompenzovaného na kompenzovaný, resp. pokud si svůj status kompenzovaného pacienta zachová i rok po účasti v programu. Během

⁸ <https://plus.vzp.cz/prilohy/1707917566-vzor-ambu-2024.pdf>

⁹ Stanovení nízké koncentrace natriuretických peptidů na začátku pomáhá diagnózu CHSS případně vyloučit, dále lze výsledek vyšetření využít k dosažení vyššího podílu pacientů s dotitrovanou medikací – farmakoterapie vedená za cílem snižování hodnot natriuretických peptidů.

¹⁰ <https://plus.vzp.cz/pro-ambulantni-specialisty-poskytovatele/motivace-a-na-ne-navazujici-bonifikace/>

¹¹ Středně závažná hypertenze je definována jako hodnoty tlaku 160-179/100-109. <https://www.ikem.cz/cs/arterialni-hypertenze/a-435/>

půl roku od získání bodů může tuto odměnu využít na „nákup“ různých benefitů přímo u OZP,¹² např. různé sportovní aktivity, vitamíny či rehabilitaci aj.¹³

PACIENTI S DIABETEM 2. TYPU - ZPMV ČR

Program je od roku 2019 nabízen všeobecným praktickým lékařům a nabízí dvoustupňovou bonifikaci s maximální výší 650 Kč na pojištěnce.

První stupeň ve výši 400 Kč je založen na splnění doporučeného postupu léčby, vedle preskripce perorálních antidiabetik jde o vyšetření:

- glykovaného hemoglobinu;
- hodnoty glykémie nalačno;
- renální funkce;
- lipidového spektra.

Dalších 250 Kč může praktik získat, pokud dosáhne cílového stavu léčby – hodnoty glykovaného hemoglobinu do 53 mmol/mol¹⁴.

Příklady iniciativ na straně poskytovatelů

DISEASE MANAGEMENT KLINIK EUC

Informační systém klinik EUC pravidelně prověřuje klinické údaje pacientů (vč. výsledků z laboratoří, medikace a diagnóz), s cílem vyhledat adepty do jejich vlastních DMP zaměřených na diabetes 2. typu, arteriální hypertenzi, dyslipidémii, obezitu a kardiovaskulární onemocnění. Po potvrzení diagnózy je pacientovi s ohledem na jeho míru rizika vytvořen roční léčebný plán pro jednotlivé diagnózy, včetně stanovení dat a obsahu kontrol. Pacienti jsou dále upozorňováni pomocí SMS zpráv a kontaktováni pracovníky call centra. Důraz se klade také na edukaci pacienta.¹⁵ K únoru 2024 bylo do této formy péče v EUC zahrnuto více než 40 tisíc pacientů.¹⁶ Vedení EUC aspiruje na postupné rozšiřování o další diagnózy, jako jsou astma, CHOPN nebo poruchy štítné žlázy.^{17 18}

AMBULANCE SRDEČNÍHO SELHÁNÍ

Vzhledem k rostoucí incidenci a prevalenci pacientů s chronickým srdečním selháním, potřebě speciální péče na expertní úrovni, jakož i nezbytnosti multidisciplinárního přístupu v péči o ně podporuje Česká asociace srdečního selhání v rámci České kardiologické společnosti zakládání ambulancí srdečního selhání, a to v kardiovaskulárních centrech všech úrovní. Součástí vstupního

¹² Informace poskytnuté OZP na vyžádání.

¹³ <https://www.ozp.cz/benefity/benefityozp>

¹⁴ <https://www.zpmvcr.cz/poskytovatele/bonifikacni-programy/vseobecne-prakticke-lekarstvi>

¹⁵ <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/euc-investuje-do-telemediciny/>

¹⁶ Prezentace generálního ředitele klinik EUC na International Health Summit 2024, <https://www.pragueihs.eu/cs/program-summitu>

¹⁷ <https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/disease-management-programy-pomahaji-spravne-lecit-diabetiky/>

¹⁸ <https://terapie.digital/nazory/rozhovor/peci-o-chronicky-nemocne-zlepsuje-disease-management-program.html?authToken=null#>

vyšetření má být edukace pacienta a jeho blízkých o charakteru a příčině onemocnění, o možnostech léčby a zdůraznění nutnosti dietních a režimových opatření. Pro pacienta je dle asociace vhodné vytvořit dlouhodobý léčebný plán a plán následných kontrol. U edukace hrají významnou roli sestry specialistky, které již mají s cílovou skupinou pacientů zkušenosti a také znalosti v oblasti farmakoterapie, což jim umožňuje s pacientem konzultovat léčbu, dle potřeby také s použitím nástrojů telemedicíny.¹⁹ Ambulanci srdečního selhání provozuje několik fakultních nemocnic (FN Olomouc, FN u sv. Anny v Brně, FN Plzeň, Fakultní Thomayerova nemocnice, Nemocnice Na Homolce) a také IKEM.

MEDICAL DATA TRANSFER - VZDÁLENÉ MONITOROVÁNÍ PACIENTŮ

Brněnské centrum Medical Data Transfer (MDT) se zaměřuje na dlouhodobou neinvazivní monitoraci srdečního rytmu (24 hodin až měsíc), zejména diagnostiku fibrilace síní u pacientů po cévní mozkové příhodě, ale i u jiných patientských skupin. Monitorovací zařízení je pacientovi doručeno a jím navraceno bez nutnosti zvláštní návštěvy zdravotnického zařízení. MDT ročně monitoruje desítky tisíc pacientů, spolupracuje s většinou kardiologických a neurologických klinik v ČR a poskytuje své služby i v jiných evropských zemích. Součástí jejich služeb je call centrum pro pacienty i lékaře, kterým na základě získaných dat konzultuje další postup léčby.²⁰

PROJEKTY FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC V OBLASTI TELEMEDICÍNY

Na základě financování z Národního plánu obnovy a ujednání s Ministerstvem zdravotnictví ČR má Fakultní nemocnice Olomouc zorganizovat pilotní projekty v oblasti telemedicíny. Cílem je vytvořit důvěryhodný a transparentní rámec pro poskytování zdravotních služeb na dálku. Klíčové aktivity zahrnují analýzu a návrh souvisejících legislativních opatření, přípravu metodiky pro posuzování telemedicínských služeb pro účely jejich proplácení z veřejného zdravotního pojištění, vytvoření doporučených postupů a průvodce pro pacienty, zřízení komunikační platformy pro telemedicínu, pilotní spuštění služeb a doporučení odpovídající výše úhrad. Projekty se týkají oblastí paliativy, očních a plicních onemocnění, praktického lékařství, kardiologie, gestační diabetologie a psychiatrie.

¹⁹ <https://e-coretvasa.cz/pdfs/cor/2021/05/16.pdf>

²⁰ <https://www.mdt.cz/o-nas/>

JAK DÁLE V ROZVOJI DISEASE MANAGEMENTU V ČR?

Co chybí dosavadním iniciativám?

Obvykle nenaplnují všechny požadavky na úspěšné DMP, jak byly popsány v úvodní kapitole této publikace. Dispenzární péče si nesporně zaslouží podporu (a zlepšení současného stavu), ale sama o sobě disease management nepředstavuje, protože je založena na činnosti jednoho poskytovatele, v českém prostředí typicky ordinace tradičního typu, tedy sólo praxe. Jak ale bylo vysvětleno výše, DMP sestává z dalších klíčových komponent – kromě jiného koordinace péče mezi více poskytovateli, systematické edukace a organizační podpory pacienta a pravidelné analýzy dat.

Edukace pacientů (sama o sobě pouze jedna komponenta DMP) je odpovídajícím způsobem (včetně umožnění široké role nelékařů) hrazena v oblasti diabetu, u jiných onemocnění tomu tak zatím není.

Distanční poskytování zdravotních služeb je ve svých různých formách pro DMP nesmírně cenným nástrojem, ale jeho samotné používání ještě nepředstavuje vznik uceleného disease managementu. Širší uplatnění nákladově efektivních telemedicínských postupů by nicméně českému zdravotnictví významně prospělo (nejen v oblasti managementu chronických onemocnění), ale je zatím drženo zpět řadou překážek. Jako jednu z nejvýznamnějších – a zároveň poměrně snadno řešitelnou – je třeba uvést neexistenci výkonu, který by umožňoval vzdálené poskytování péče dispenzarizovaným pacientům ze strany ambulantních specialistů (praktičtí lékaři takový kód mají).

Bonifikační programy zdravotních pojišťoven se logicky zaměřují na úhradový mechanismus. Vedou ale také ke sdílení dat, mají velký potenciál zlepšit standardizaci léčby a mohou zahrnout i poskytování vzdělávání a podpory pacientů. Ve své dnešní podobě jsou dobrým začátkem a nemalou investicí, trpí ale několika zásadními nedostatky:

- **Nedostatečným zveřejňováním výsledků**, a to dokonce ve třech směrech. Nejsou zveřejňovány souhrnné výsledky celých programů, například počet zapojených poskytovatelů a pojištěnců ve srovnání s jejich celkovými počty na národní úrovni i regionálně, dosažené cílové hodnoty a další údaje. Dále, což je ještě horší, zpětnou vazbu na své výsledky nedostávají ani zapojení poskytovatelé. Přesněji řečeno, samozřejmě dostanou vyhodnocení bonifikace, chybí jim ale srovnání s ostatními lékaři. A finálně, ve většině případů nejsou zveřejněni ani zapojení poskytovatelé, což by byla velmi cenná informace pro rozhodování pacientů.
- V některých případech **ukvapeným zaměřením na výsledky** – bonifikovat je možno buď za dodržení doporučených postupů (provedená vyšetření, nasazená léčba atd.), nebo za dosažení určitých výsledků (například hodnota cholesterolu, glykovaného hemoglobinu nebo krevního tlaku). Oba způsoby mají argumenty pro a proti, v případě platby za výsledky je ale třeba přizpůsobit výsledky vstupnímu zdravotnímu stavu pacientů. Pokud se tak nestane a zároveň je bonifikace pro poskytovatele skutečně finančně atraktivní (což by měla být), motivuje ho k výběru lehkých pacientů. Může se tedy stát, že bonifikace dosáhnou pravého opaku svého účelu, kterým by mělo být zlepšení léčby a prevence u nejvíce rizikových pacientů.
- Navazujícím problémem je, že stejně jako významná část dnešních doporučených postupů (jejichž dodržování by měly podporovat) **současné bonifikace nedostatečně pracují**

s úrovní rizika jednotlivých skupin pacientů, která by měla být reflektována ve frekvenci vyšetření a kontaktů a zohledněna i v cílových hodnotách bonifikovaných parametrů.²¹

- **Administrativní náročnost** a složitá kontrola výsledkových ukazatelů – poskytovatelé je musí reportovat cestou tzv. signálních kódů, což zvyšuje administrativní náročnost, je náchylné k chybám a umožňuje kontrolu správnosti vykázaných výsledků ze strany zdravotní pojišťovny pouze srovnáním se zdravotnickou dokumentací, což je velmi náročná cesta.

Tento výčet nedostatků nemá za cíl snižovat přínos bonifikačních mechanismů. Jsou prvním plošným uplatněním platby za výsledky (nikoliv za činnost nebo existenci daného poskytovatele) v českém zdravotnictví. Pro plné uplatnění jejich potenciálu ale musí být vylepšeny.

Co je třeba udělat

Pokud se podíváme na celkové podmínky rozvoje DMP v ČR, nelze říci, že by existovala zcela zásadní překážka znemožňující uplatnění tohoto konceptu. O tomto faktu ostatně svědčí i příklady uvedené v předchozí kapitole. Co se tedy musí stát pro významné zlepšení v integraci péče o pacienty s chronickými nemocemi?

Navrhujeme tři základní směry dalšího rozvoje:

- Pilotní programy disease managementu ve spolupráci poskytovatelů a pojišťoven;
- Postupné zdokonalování bonifikačních programů zdravotních pojišťoven;
- Podpora zvýšení produktivity poskytovatelů.

PILOTNÍ PROGRAMY

Nabízí se celá řada oblastí, ve kterých se DMP opakovaně osvědčily v zahraničí (například diabetes mellitus, chronické srdeční selhání, astma a CHOPN, mentální onemocnění aj.). Nové poznatky a terapeutické postupy, stejně jako epidemiologické změny nabízejí další oblasti, jmenovitě kardio-metabolicko-renální syndrom.

Co je třeba udělat pro jejich úspěšnou a nákladově-efektivní realizaci v ČR? Prvním krokem je **zmapování současného způsobu poskytování péče, včetně jeho nedostatků**, na základě analýzy dat reportovaných zdravotním pojišťovnám. Taková analýza v kombinaci s daty o výsledcích zahraničních programů také umožňuje odhadnout nákladovou efektivitu DMP v ČR.

Druhým krokem je naplánování pilotního programu k ověření jak výsledků, tak konkrétních organizačních postupů a samozřejmě také způsobu sběru a hodnocení dat o výstupech projektu. Klíčová je správná definice vstupní kohorty pacientů, včetně rozdělení do skupin dle rizika rozvoje komplikací nemoci.

²¹ Například Česká kardiologická společnost doporučuje u diabetiků (tedy skupiny pacientů s vysokým kardiálním rizikem) dosažení nižších hodnot LDL cholesterolu a krevního tlaku než v méně rizikových populacích.

Nutnou podmínkou realizace pilotního programu je jeho financování. Jde tedy o domluvu vhodného poskytovatele, připraveného realizovat pilotní projekt (a sám do něj investovat), a zdravotní pojišťovny.

Dobře připravený a vyhodnocený pilot poskytne dostatek údajů k ověření nákladové efektivity, vhodných cest zapojení a podpory pacientů, praktického nastavení sběru dat a také přípravy úhradových mechanismů pro plošnou implementaci osvědčeného programu.

ZDOKONALOVÁNÍ BONIFIKAČNÍCH PROGRAMŮ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN

Bonifikační programy jsou velmi cenné díky svému rozšíření, zahrnují již dnes významný počet poskytovatelů i pacientů. Jsou vhodné zejména pro zvyšování kvality péče u pacientů, které je třeba dispenzarizovat, ale jejichž stav (míra rizika dalšího rozvoje nemoci a jejích komplikací) nevyžaduje nutně komplexní disease management program. Typickým příkladem jsou pacienti s jedním rizikovým faktorem kardiovaskulárního onemocnění (nekomplikovaná hypertenze nebo hyperlipidémie) nebo kompenzovaným diabetem 2. typu bez vysokého rizika orgánových komplikací. Takoví pacienti by také měli ideálně zůstat v péči svého praktického lékaře (po případné konzultaci s ambulantním specialistou).

Právě na plošné zahrnutí méně rizikových pacientů a funkční nastavení spolupráce mezi praktickými lékaři a ambulantními specialisty by se měl zaměřit další rozvoj bonifikačních programů. Konkrétně doporučujeme zdravotním pojišťovnám:

- **Zjednodušit vykazování výsledků** klíčových vyšetření (např. glykovaný hemoglobin či hladina LDL cholesterolu) cestou signálních kódů. Ty nemusí pojišťovně vykazovat poskytovatelé, ale mohou být zasílány přímo laboratořemi (nejvhodnější cesta), případně automatizovaně ze softwaru používaného ambulantními lékaři. Takové uspořádání povede nejen ke **snížení administrativní zátěže poskytovatelů, snížení chybovosti**, odstranění případného úmyslně zkresleného vykazování, ale také k **zahrnutí všech poskytovatelů** v daném segmentu do měření a srovnávání zdravotního stavu jejich pacientů.
- **Systematicky dávat zpětnou vazbu všem poskytovatelům**, zejména ve smyslu srovnání jejich postupů a výsledků s ostatními poskytovateli a také souhrnná srovnání zveřejňovat. Taková srovnání jsou jednou z nejsilnějších motivací ke zlepšení kvality.
- Nastavit bonifikační mechanismy na **mix procesních a výsledkových** ukazatelů a v případě výsledkových ukazatelů dbát na **zhodnocení vstupního zdravotního stavu pacientů**. To zní složitě, relita ale může být velmi jednoduchá – nově diagnostikovaný pacient je nahlášen, lékař bonifikován za jeho diagnostikování a zhodnocení celkové míry rizika (například kardiovaskulárního rizika podle SCORE 2, které má dnes většina praktických lékařů k dispozici ve svém softwaru). Do 3 měsíců by mělo být dosaženo odpovídajícího zlepšení v souladu s doporučenými postupy (tedy cílové hodnoty daného ukazatele); pokud se tak nestane, měl by být pacient referován k ambulantnímu specialistovi.
- **Bonifikovat poskytovatele za správné rozdělení pacientů mezi praktické lékaře a ambulantní specialisty**, v souladu s doporučeními odborných společností (jako existuje například pro péči o pacienty s diabetem 2. typu). Z hlediska pacientů i celého systému je ideální, aby pacienti, kteří mohou zůstat v péči praktického lékaře, v ní skutečně zůstali, ale

zároveň měl praktik možnost konzultovat pacienta se specialistou, případně ho ke specialistovi poslat a po stabilizaci stavu ho dostat zpět do své péče. Dosažení takového stavu ovšem **vyžaduje změnu dnešního nastavení úhrad ambulantním specialistům**. Limit na objem poskytované péče, který je nastaven historicky a nereflektuje reálnou strukturu pacientů daného ambulantního specialisty, samozřejmě motivuje k tomu, aby si ambulantní specialisté nechávali ve své péči i pacienty, o které se mohou z odborného hlediska starat praktičtí lékaři. Toto je nutno změnit, jako doplněk mohou být ambulantní specialisté bonifikováni za vracení pacientů praktikům.

PODPORA ZVÝŠENÍ PRODUKTIVITY POSKYTOVATELŮ

Zvyšující se prevalence chronických nemocí vyžaduje zvýšení kapacity zdravotního (i sociálního) systému. Realita je ale opačná – stárne nejen celková populace, ale i zdravotníci, což ve spojení s dalšími faktory vede ke zhoršování dostupnosti péče, v některých regionech doslova fyzicky, v jiných ve smyslu prodlužování čekacích dob. Tato situace nemá jiné řešení než zvýšení produktivity poskytovatelů. Existuje k němu celá řada cest – nové kompetence pro zdravotníky nelékaře, rozšíření skupinových praxí a také využívání distančního poskytování péče, které dokáže šetřit čas poskytovatelů i pacientů. Zcela konkrétním krokem v této oblasti je **zavedení kódu distančního poskytování služeb dispenzarizovaným pacientům pro ambulantní specialisty** (praktičtí lékaři již takový kód mohou využívat).

Disease management nabízí jedno z mála možných řešení narůstající zdravotní a ekonomické zátěže chronických onemocnění. Je jen na nás, zda dokážeme využít jeho nástrojů ve prospěch pacientů, poskytovatelů i celého zdravotního systému v ČR.



Advance Healthcare Management Institute, s.r.o.
U Háje 296/22, 147 00 Praha 4

Tel.: +420 702 029 953
office@advanceinstitute.cz
www.advanceinstitute.cz

IČ: 28986024
DIČ: CZ28986024
Banka: Raiffeisenbank
č. ú.: 4780992001/5500
OR: vedená Městským soudem v Praze,
oddíl C, vložka 157951